

■ 問 診 票 ■

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成		
お名前			年	月	日生 (歳)
住所	〒 _____ 都道 市区 府県 町村				
電話番号	_____	性別	男・女	職業	

体温 _____ °C

(1) 本日はいかがされましたか？当てはまるものすべてに○をつけてください。

【かぜの症状】 鼻水・鼻づまり・のどが痛い・せき・たん・頭痛・関節が痛い・だるい・発熱(MAX _____ °C)

【おなかの症状】 腹痛・胃痛・吐き気・おう吐・下痢・便秘・便に血が混じる・食道がつかえる

【その他】 めまい・胸(息)が苦しい・その他[_____]

(2) 上記の症状はいつ頃からですか？

①(_____)日前から ②(_____)週間前から ③(_____)ヶ月前から

(3) 現在、治療している病気や服用中のお薬はありますか？

ない あるいはある (具体的に: _____)

※お薬手帳をお持ちの方は受付までご提出ください。

(4) 今までに大きな病気やケガをしたことはありますか？

ない あるいはある (具体的に: _____)

(5) 薬や食品のアレルギーはありますか？

ない あるいはある (具体的に: _____)

(6) お酒は飲みますか？

飲まない 飲む (1回の飲酒量: 多・中・少)

(7) タバコは吸いますか？

吸わない(やめた) 吸う (1日 _____ 本位、喫煙歴 _____ 年)

(8) 女性の方に質問です。現在、妊娠中・妊娠可能性あり・授乳中のどれかに該当しますか？

ない あるいはある (可能性あり・ _____ 週目・授乳中)

(9) 当院を受診されたきっかけは何ですか？

- ① 自宅から近い
- ② インターネットで見た
[② ⇒ 当院ホームページ・その他]
- ③ 紹介された(_____ さんに)
- ④ 家族がかかったことがある
- ⑤ その他(_____)

(10) マイナ保険証による診療情報取得について(マイナ保険証を利用される方のみご回答ください)

同意する (同意される方は□にチェックをお願いします。)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合・・・初診時 加算1 4点(6点)、(再診時 加算3 2点(1ヶ月に1回))

マイナ保険証を利用し、情報の取得に同意する場合・・・初診時 加算2 2点

※()内は令和5年4月～12月の特例措置による加算点数となります

☆記入が終わりましたら受付にお持ちください